

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

317

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 mai 1899, à 1 heure

Par M. THIRIET

Né à Juvaincourt, par Mirecourt (Vosges).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ADÉNOPATHIES

DANS LES MALADIES DU LARYNX

Président : M. HAYEM, professeur.

*Juges : { MM. PINARD, professeur.
LANGERÉAUX et LEPAGE, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

317

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 mai 1899, à 1 heure

Par M. THIRIET

Né à Juvaincourt, par Mirecourt (Vosges).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

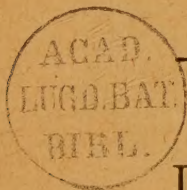
DES ADÉNOPATHIES

DANS LES MALADIES DU LARYNX

Président : M. HAYEM, professeur.

*Juges : } MM. PINARD, professeur.
LANGERÉAUX et LEPAGE, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL TISSIER

Ancien chef de clinique de la Faculté

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR G. HAYEM

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Un cas remarquable d'adénopathie laryngée observé par nous à l'hôpital Saint-Antoine nous a conduit à nous intéresser aux adénites consécutives aux principales affections de cet organe.

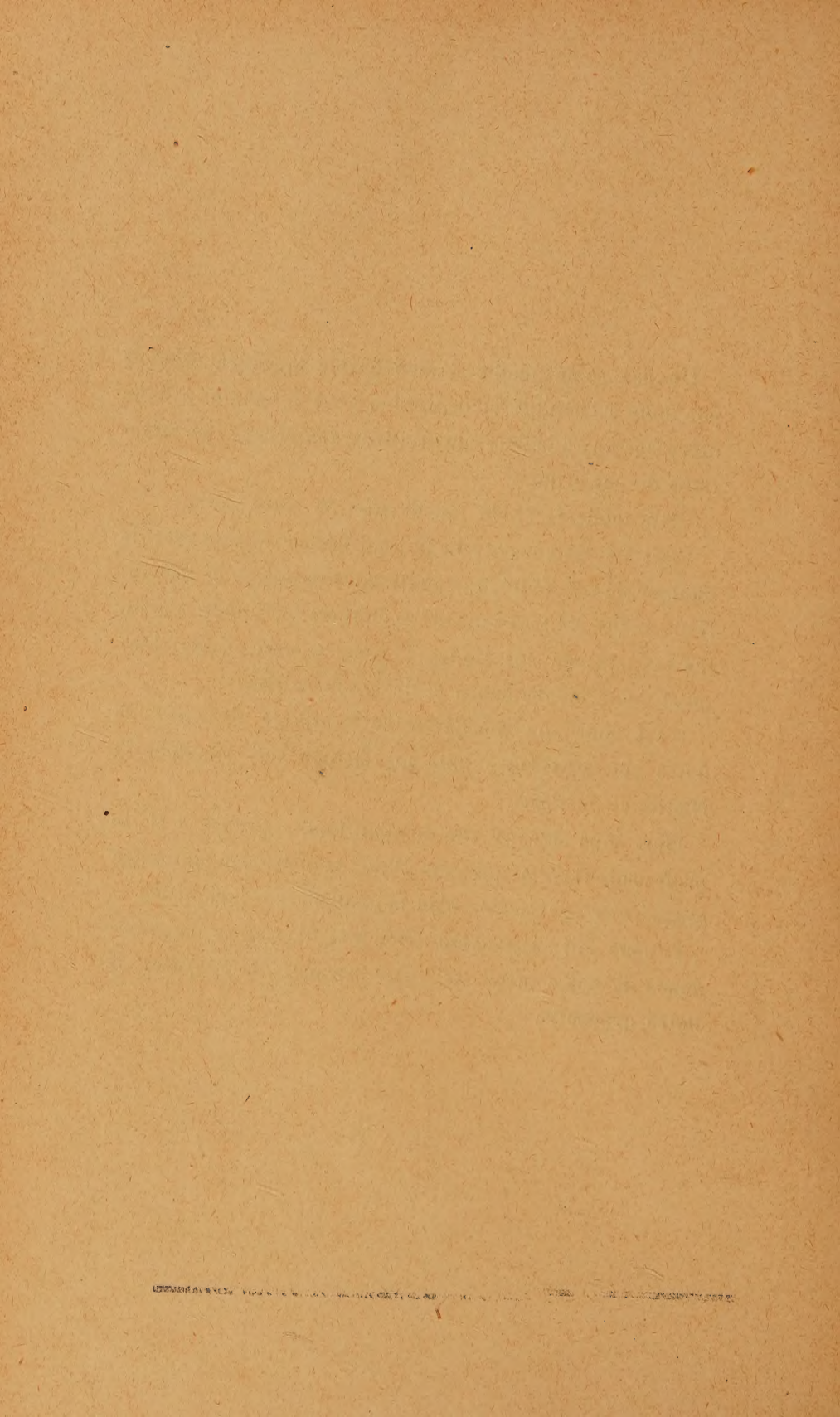
Cette modeste étude fait le sujet de notre thèse.

C'est sur les conseils du Dr Paul Tissier, ancien chef de clinique de la Faculté, que nous avons entrepris ce travail. Nous avons été très sensible à l'intérêt qu'il nous a montré au cours de nos études et nous le remercions vivement de sa bienveillance et de ses bons avis.

C'est pour nous un devoir et un plaisir d'assurer de notre reconnaissance tous nos maîtres des Facultés de Nancy et de Paris.

Mais nous devons une mention toute spéciale à M. le professeur Hayem, qui nous a fait bénéficier pendant notre stage dans son service d'un inoubliable enseignement.

Il nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de l'assurer de notre gratitude.



CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES ADÉNOPATHIES

Dans les maladies du larynx

LYMPHATIQUES DU LARYNX

Les recherches de Sappey ont établi l'importance des vaisseaux lymphatiques dans le larynx de tous les mammifères. D'après cet auteur, c'est même dans l'espèce humaine que les lymphatiques seraient le plus développés.

Les vaisseaux occupent la couche la plus superficielle du chorion de la muqueuse laryngée. A ce niveau également, il existe « des organes lymphatiques analogues aux follicules clos de l'intestin grêle, (Coyne) (1). »

Les follicules clos de la muqueuse laryngée sont, d'après cet auteur, approximativement au nombre de trente à cinquante.

1. Thèse de doctorat, 1874.

Les lymphatiques du larynx ont dans cette région comme dans les autres, les mêmes attributs généraux et les mêmes parties constituantes.

Pour donner un aperçu aussi clair que possible de la distribution des lymphatiques du larynx, on peut considérer successivement :

- 1° Le réseau qui s'étale dans la muqueuse de l'organe.
- 2° Le trajet des troncs lymphatiques qui en émanent.
- 3° Les ganglions correspondants.

Réseau lymphatique de l'épiglotte et du vestibule. — Il est particulièrement riche. Les vaisseaux élégamment ramifiés couvrent la face postérieure de l'épiglotte. Ils s'étendent jusqu'aux replis aryténo-épiglottiques. Ils atteignent le bord libre de l'épiglotte et couvrant sa face antérieure, ils arrivent jusque sur la muqueuse de la base de la langue. Les préparations exécutées par Sappey et déposées au musée Orfilo sont très démonstratives à ce sujet.

Le vestibule du larynx présente également des lymphatiques, mais le réseau qui recouvre cette région est généralement moins dense que celui qui couvre l'épiglotte.

Ce réseau qui recouvre de ses mailles la partie postérieure de l'entrée du larynx passe sans interruption de la muqueuse de cet organe sur celle du pharynx. Il présente même en cette région un aspect spécial dû aux plis nombreux de la muqueuse pharyngienne à ce niveau.

Réseau des ventricules et des parois latérales sus-

glottiques. — Sur les parois latérales le réseau lymphatique est assez riche.

Le réseau lymphatique de la région ventriculaire existe. Mascagni l'a très bien vu et signalé. Les planches et la légende d'une figure de son ouvrage sur les lymphatiques en font foi (1).

Sappey ne semble pas les avoir vus, mais M. Poirier les a de nouveau mis en évidence et injectés en 1887.

Région des cordes vocales. — Le réseau lymphatique du larynx dont les mailles deviennent de plus en plus lâches à mesure que l'on descend existe nettement sur les cordes vocales. Toutefois il y présente une laxité très grande sur la corde vocale inférieure (Lutscka, Sappey, Poirier).

Région sous-glottique. — Très lâche au niveau de la corde vocale inférieure, le réseau lymphatique de la muqueuse laryngée redevient serré dans la région sous-glottique. Il se continue sans interruption avec le plexus lymphatique également dense de la muqueuse trachéale.

1. *Omnes hac partes membrana pulposa induuntur, a solita implicatione vasorum sanguineorum efformata. Ubique apparent folliculi qui in ventriculis et basi epiglottidis numerosiores ac in aliis partibus conspicuuntur. Parvulae eminentiae a vasculorum convolutioni efformatae non desunt.* Fig. 25. Mascagni.

TRAJET DES TRONCS LYMPHATIQUES

Pour la commodité de la description on peut diviser en deux groupes les troncs lymphatiques émanés du réseau de la muqueuse laryngée.

- a) Troncs venant de la portion sus-glottique du larynx.
- b) Troncs venant de la portion sous-glottique.

A. — *Portion sus-glottique.* — Deux groupes de vaisseaux l'un droit, l'autre gauche émanent de cette région. Chacun de ces groupes comprend quatre ou cinq troncs. Ceux-ci gagnent les parties latérales du vestibule du larynx en suivant une direction convergente qui les rapproche les uns des autres. Ils traversent le vestibule de dedans en dehors en passant au devant des cartilages aryténoïdes. Ils remontent sur la membrane thyro-hyoïdienne, la traversent également puis vont aboutir aux ganglions dont il sera question plus loin.

Le trajet de ces lymphatiques est à peu près celui de l'artère laryngée inférieure.

B. — *Portion sous-glottique.* — Les troncs émanés de cette région sont au nombre de trois ou cinq et sont éga-

lement disposés en deux groupés l'un droit, l'autre gauche. Ils traversent la membrane crico-thyroïdienne et se jettent dans le ou les ganglions pré-laryngés. Si ce ganglion manque les lymphatiques suivent à peu près le trajet de l'artère laryngée inférieure ou crico-thyroïdienne. Ils se rendent aux ganglions situés entre le larynx et la carotide primitive.

GANGLIONS OU ABOUTISSENT LES TRONCS PRÉCÉDENTS

Les troncs issus de la portion sus-glottique du larynx aboutissent à des ganglions, situés sous l'aponévrose du sterno-mastoïdien, au voisinage de la bifurcation de la carotide primitive et le long de la jugulaire interne.

Leur volume est très variable et atteint au moins celui d'une grosse lentille en général.

Les troncs issus de la région sous-glottique de la muqueuse laryngée aboutissent au ganglion pré-laryngé quand ce ganglion existe. M. Poirier qui l'a décrit en 1887 a constaté son existence à peu près dans la moitié des cas où il l'a recherché.

Ce ganglion siège au devant de la membrane crico-thyroïdienne. Il est entouré par de la graisse et par les ramuscles vasculaires qui remplissent l'espace en V circonscrit par les muscles crico-thyroïdiens. Une fois sur six on trouve deux ganglions pré-laryngés au lieu d'un seul. Ces ganglions sont mentionnés aussi par M. Tillaux.

M. Poirier (1) a présenté en 1887 une hypertrophie du

1. P. Poirier. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Bulletin de la Soc. anatom.*, 1887.

ganglion pré-laryngé probablement tuberculeux, à la Société anatomique.

Quand le ganglion pré-laryngé manque, les lymphatiques de la portion sous-glottique du larynx se rendent aux ganglions latéraux situés à la partie inférieure du larynx entre cet organe et la carotide primitive (Ganglions péri-trachéo-laryngiens).

Ces ganglions lymphatiques ont été bien étudiés par MM. Gouguenheim et Leval Piquechef. C'est à ces auteurs qu'est empruntée en grande partie la description qui suit.

Siège. — Les ganglions susdits sont situés profondément dans la région cervicale autour des premiers segments des voies aériennes vers les parties inférieure et postérieure du larynx dans le voisinage immédiat de la trachée et de l'œsophage.

Ils sont échelonnés le long des récurrents depuis la bifurcation de la trachée, en bas, jusqu'à l'angle compris en haut entre la partie inférieure du larynx et la trachée, le lobe correspondant du corps thyroïde en avant, l'œsophage en arrière.

C'est à ce niveau que le nerf récurrent s'enfonce sous le constricteur inférieur du pharynx et va innerver les muscles intrinsèques du larynx sauf les crico-thyroïdiens.

Les ganglions lymphatiques récurrentiels ou chaîne lymphatique récurrentielle de MM. Gouguenheim et L. Piquechef, présentent trois groupes principaux de ganglions.

En allant de bas en haut on trouve : 1° Un premier

groupe, confondu avec les ganglions bronchiques, qui se trouve à l'origine des bronches.

Le groupe inférieur existe toujours. Les ganglions du volume d'un pois environ, sont au nombre de six ou huit.

Le groupe moyen se trouve à la partie moyenne de la trachée quand il existe. Il comprend deux à cinq ganglions variant de la grosseur d'un grain de chenevis à celle d'un pois.

Les ganglions du groupe supérieur sont très petits situés nettement autour du récurrent. Ils donnent naissance « en s'hypertrophiant à des troubles respiratoires d'origine laryngée ». Gouguenheim.

D'après différents auteurs, voilà donc quels sont l'origine, le trajet des vaisseaux lymphatiques nés dans la muqueuse du larynx ainsi que les ganglions correspondants.

Nous devons dire encore un mot des ganglions qui correspondent aux lymphatiques de la trachée et des bronches, car en raison de la situation anatomique des nerfs récurrents et particulièrement du nerf récurrent gauche, les altérations (tunéfaction) de ces ganglions ont souvent un retentissement sur la musculature du larynx.

Ganglions trachéo-bronchiques. — Ils forment quatre groupes principaux (1) :

Groupe juxta-trachéal droit (prétrachéo-bronchique droit de Barety). — Ce groupe est situé sur le côté droit

1. Ruault. *In traité de médecine*, Charcot et Bouchard, t. IV.

de la trachée dans l'angle formé par la trachée et la bronche droite. Ce groupe est beaucoup plus considérable que le groupe du côté gauche. Il est en rapport en avant avec la veine-cave supérieure et la crosse aortique, en arrière avec le pneumogastrique, à droite avec le lobe supérieur du poumon droit, à gauche avec la trachée, en bas avec la bronche droite, la grande veine azygos et la branche droite de l'artère pulmonaire, en haut avec l'artère sous-clavière entourée par le récurrent.

2° *Groupe juxta trachéal gauche* (prétrachéo-bronchique gauche de Barety). — Il est moins important que le premier et situé dans l'angle formé par la trachée et la bronche gauche. Il est en rapport en bas avec l'artère pulmonaire et la bronche gauche, en haut avec l'aorte enlacée par le nerf récurrent gauche.

3° *Le groupe intertrachéo-bronchique*. — Situé dans l'angle inférieur qui résulte de la bifurcation de la trachée; est formé de ganglions beaucoup plus nombreux sous la bronche droite. Il est en rapport en haut avec les bronches, en bas avec les veines pulmonaires, en arrière avec un réseau nerveux qui réunit les plexus pulmonaires avec les nerfs pneumogastriques et avec l'œsophage, l'aorte et le bord postérieur des deux poumons.

4° *Groupe péribronchique*. — Formé par les ganglions situés autour des bronches et leurs ramifications au niveau du hile et dans l'intérieur du poumon. Les bronches sont accompagnées de ganglions jusqu'à la quatrième division inclusivement (Cruveilhier).

L'étude rapide du système lymphatique du larynx que nous venons de résumer très brièvement était la préface nécessaire de l'étude, que nous proposons de faire, du retentissement ganglionnaire des diverses affections du larynx.

Ces affections, en effet, quelle que soit leur nature, obéissent à la grande loi si bien mise en lumière par Parrot, de la systématisation des adénopathies ; la tuméfaction d'un ganglion correspondant à une lésion du territoire desservi par les troncs lymphatiques qu'il reçoit. A tel point que, étant connue la région atteinte, on peut prévoir le ganglion qui sera touché et, point important, en ce qui concerne l'étude des affections laryngées, qu'il est également possible de remonter de la constatation d'une adénopathie à la notion du siège de la lésion primitive.

ÉTIOLOGIE

Maladies aiguës.

Les maladies infectieuses aiguës ou chroniques peuvent avoir un retentissement sur les ganglions lymphatiques du larynx. Leurs actions et leurs effets sont variables suivant la nature même des agents pathogènes et suivant le siège superficiel ou profond des ganglions lésés.

Parmi les maladies les plus fréquentes à signaler dans l'étiologie des adénopathies laryngées on peut citer la rougeole et la coqueluche. En raison de leurs déterminations laryngo-trachéo-bronchiques, les ganglions correspondants deviennent souvent le siège de phénomènes inflammatoires plus ou moins durables.

Dans le groupe des maladies aiguës, la diphtérie prend elle aussi une part assez considérable à l'étiologie des adénopathies laryngées, surtout lorsque des menaces d'asphyxie ont imposé la trachéotomie. Il est probable que dans ce cas l'infection secondaire de la plaie est une cause puissante d'adénopathie.

Dans un certain nombre de cas la difficulté de la déca-

nulation due à un spasme glottique est peut-être sous la dépendance de l'action exercée sur les récurrents par les ganglions tuméfiés.

L'érysipèle primitif du larynx peut être une cause d'adénite laryngée. Masséi (1) a rapporté en 1887 des cas d'érysipèle du larynx. Parmi les symptômes observés il note avec soin sur la difficulté de la déglutition, des altérations de la voix, des douleurs vives, enfin une tuméfaction notable des glandes lymphatiques environnant le larynx.

OBSERVATION I

Diphthérie. Adénopathie cervicale. P. Tissier. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.

R... Marie, 19 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital le 5 mars 1886. Enrouement datant de trois semaines, léger mal de gorge aphonie depuis huit jours, ce qui l'amène à la consultation, en même temps qu'un état fébrile assez sérieux et une dyspnée très notable.

État actuel. — La face antérieure de l'épiglotte est rouge mais sans ulcération. La face postérieure est recouverte d'un enduit blanchâtre diphthéritique qui tapisse la muqueuse du pharynx aussi loin que l'examen peut s'étendre.

1. Congrès intern. de Washington, 1887. Ann. des mal. or. et du larynx.

Légère intumescence douloureuse des ganglions correspondants.

L'examen du nez et de l'arrière-gorge reste négatif. On donne du chlorate de potasse.

4 mars. — Expectoration de fausses membranes. Assez mauvais état général, un peu de bronchite.

6 mars. — Voix toujours enrôlée, dyspnée, quelques râles sous-crépitaunts disséminés. Pouls fréquent. Traitement : ventouses.

7 mars. — Amélioration notable. L'examen laryngoscopique décèle encore la présence de traces de fausses membranes un peu au-dessous de la glotte.

11 mars. — Un peu de nasonnement de la voix, pas de troubles de la déglutition.

12 mars. — La malade sort sur sa demande. Bon appétit, poitrine nette. Plus de fausses membranes. Voix encore nasillardé.

15 mars. — La malade est revue guérie.

OBSERVATION II

Erysipèle de larynx. Retentissement ganglionnaire. Sokolowski.
« Archives internationales de laryngologie. » Résumée in « Annales des maladies de l'oreille et du larynx », 1892.

M. C..., est pris de violents frissons suivis d'un grand abattement.

Quatrième jour. — Vives douleurs dans le cou, déglutition impossible. Température 40°, l'amygdale gauche gonflée présente les signes d'une angine lacunaire. La voix est claire. Les

ganglions lymphatiques du cou sont très tuméfiés, le huitième jour la voix devient enrouée, la dysphagie et les frissons s'exagèrent. Le pharynx est fortement congestionné mais sans enduit.

Au laryngoscope, on voit une vive rougeur avec gonflement de la région aryénoïdienne et des bandes ventriculaires masquant les cordes vocales.

Diagnostic. — Laryngite phlegmoneuse aiguë.

Traitement. — Sangsues. Glace à avaler, toniques.

Pendant les jours suivants, l'état général s'aggrave. Température 40°,5 à 41°. Prostration. Délire. Rien aux poumons.

Le 1^{er} mars. — La température descend à 39°,3. La malade peut avaler un peu, l'enrouement diminue. Le larynx est moins hyperhémie. Cependant malgré l'amélioration de l'état laryngé la température remonte bientôt à 40°,7, l'aile gauche du nez se met à rougir et à partir de ce point se développe un érysipèle, de la face qui bien que long et grave finit par guérir à son tour.

Maladies chroniques. — Les adénites laryngées se rencontrent souvent chez les sujets lymphatiques jeunes et chez les scrofulo-tuberculeux. La fréquence de ces altérations ganglionnaires diminue avec l'âge, ainsi qu'en témoigne déjà l'ancien aphorisme : *Strumæ post annum vigesimum non fiunt*. Les adénopathies récurrentielles des jeunes sujets expliquent fort bien les troubles respiratoires et vocaux si fréquents chez les enfants et les adolescents entachés de lymphatisme ou de lésions tuberculeuses plus ou moins avancées de leurs ganglions.

La tuberculose pulmonaire commune réclame, elle aussi, une bonne part dans l'étiologie des adénopathies laryngées quand elle atteint secondairement le larynx.

Nous rapportons quelques observations d'adénopathies tuberculeuses des ganglions recurrentiels et pré-laryngés.

La suppuration des ganglions sus-glottiques nous a semblé rare.

D'ailleurs, disons-le en passant, les auteurs qui ont signalé les altérations ganglionnaires consécutives aux affections laryngées, ont été, en général, très peu précis sur le siège des ganglions lésés. Il y a là une lacune qu'il serait intéressant de combler à l'avenir.

Le retentissement de la syphilis du larynx sur les ganglions correspondants nous semble rare. C'est une complication à peine mentionnée. Nous en rapportons un cas très net concernant le ganglion pré-laryngé.

La disparition presque complète de la tumeur obtenue à l'aide du traitement spécifique, a démontré nettement sa nature. Après la cessation du traitement, le ganglion s'est hypertrophié de nouveau. Il est devenu fluctuant, sa masse s'est ramollie et transformée en un pus jaunâtre.

OBSERVATION III

Warren-Boston. Med. and surg. Journal. 30 avril 1875
Suppuration des ganglions supérieurs avec extension très probable jusqu'à la partie supérieure de la chaîne recurrentielle.

Th... 3 ans entre à l'hôpital du Massachussetts le 17 juillet. Il y a 8 mois forte toux, trois semaines après, tuméfaction des ganglions cervicaux suivie de suppuration.

En janvier voix enrouée, inspiration difficile, bruit croupal, accès de dyspnée intense. Quelques râles dans la poitrine. Amygdales et ganglions cervicaux légèrement tuméfiés. Au laryngoscope, les cordes vocales sont très rapprochées surtout à la partie antérieure. Peu de cyanose.

Déglutition difficile, vomissements fréquents. La suppuration des ganglions qui s'était arrêtée recommence, l'intensité des phénomènes diminue.

12 août. — Les accidents s'aggravent. Amaigrissement. Pouls 160-170 très faible.

21 août. — Trachéotomie. Les forces reviennent. Le rapprochement des cordes persiste. Le malade devra garder toute sa vie une canule.

Résumée in thèse Joly. Paris 1896.

OBSERVATION IV

Huguenin. Thèse Leudière. Résumée in thèse Joly.
Adénopathie tuberculeuse. Croup, spasme glottique.

G..., 4 mois, entre à Saint-Antoine en mai 1888. Depuis deux mois troubles digestifs assez intenses. Diarrhée, impétigo. Jamais de suffocation ni de quintes de toux rauque avant le 8 mai. Subitement la respiration devient gênée, pâleur puis cyanose de la face, toux rauque.

On amène à ce moment l'enfant à l'hôpital. A son entrée tirage considérable sus et sous sternal, gorge saine, pas d'aburétropharyngien. Nombreux ganglions cervicaux.

Diagnostic porté. — Croup avec broncho-pneumonie, diphthérie à marche rapide chez un scrofulo-tuberculeux. Vu l'âge on y rejette la trachéotomie. Mort en syncope.

Autopsie. — Adénopathie trachéo-bronchique considérables. Le nerf récurrent droit est comprimé par un ganglion gros comme un œuf de pigeon. Larynx sain.

OBSERVATION V

James Finlayson de Glasgow. Archiv. of pediat. sept. 1897.
Paralysie du récurrent comprimé par des ganglions scrofuleux.

Fillette de 4 ans et demi atteinte d'une toux rauque fort bizarre de timbre. Le larynx examiné avec facilité présente une

muqueuse saine, la corde vocale gauche est immobile sur la ligne médiane. Signes de tuberculose pulmonaire. Mort.

Autopsie. — Ganglions bronchiques caséux enserrant le nerf récurrent gauche presque depuis son origine. Le nerf est étalé et sa substance paraît infiltrée.

Tuberculose pulmonaire et péritonéale.

OBSERVATION VI

Gouguenheim. Gazette hebdomadaire N. 31. 1881.

Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.

Syphilis. Tuberculose, paralysie des dilatateurs.

Femme ayant contracté un chancre il y a deux ans. Entre à Lourcine pour une laryngite datant de quelques mois. Aphonie. Tous les signes attribués à l'œdème glottique. Sifflement inspiratoire. Dyspnée paroxystique. Cyanose et suffocation imminente.

Laryngoscopie. — Rapprochement excessif des cordes vocales surtout aux trois quarts postérieurs. Reste du larynx rouge. La tuméfaction prononcée empêche l'examen de la région sous-glottique. Ulcération superficielle grisâtre à la commissure antérieure. Examen de la poitrine difficile. « Je pensais à une laryngite syphilitique tertiaire localisée aux cordes vocales et ayant provoqué leur adhérence. »

Trachéotomie. — Mort dans le marasme.

Autopsie. — Cordes vocales peu malades bien libres. Articulations cricoaryténoïdiennes intactes. Entre l'œsophage, le larynx et la trachée, chapelet de petits ganglions gros comme une

aveline et nettement caséeux, « ce fait me remet en mémoire les troubles moteurs que j'avais rencontré si fréquemment chez les syphilitiques et les tuberculeux et m'amena à expliquer ces troubles par l'hypertrophie ganglionnaire voisine et son retentissement sur les nerfs récurrents. »

OBSERVATION VII

Deniau et Gleize. Gazette hebdomadaire, 1856. In thèse Joly
Tuberculose. Spasme de la glotte.

J... 24 ans entre le 23 février 1856 dans le service du D^r Piorry

Le 17 février est pris à son réveil d'une aphonie qu'il attribue à un refroidissement. Poumons : tuberculose pulmonaire à la première période, sifflement continu à l'inspiration. Mort le 23 février 9 heures du soir comme étouffé dans un accès. Autopsie : Adénopathie trachéobronchique tuberculeuse. Une masse ganglionnaire embrasse le récurrent gauche à son origine. Le récurrent droit est libre mais le pneumo-gastrique de ce côté est englobé et paraît désorganisé au milieu d'une masse tuberculeuse.

OBSERVATION VIII

Gouguenheim. Ann. des mal de l'oreille et du larynx 1887. Un cas de paralysie dite des crico-aryténoïdiens postérieurs. Trachéotomie. Tuberculose pulmonaire consécutive. Mort 15 mois après l'opération.

F..., Raymond, 47 ans. serrurier entre le 17 février salle Bazin.

Cet homme d'une constitution très robuste se présente à nous

dans un état extrêmement grave : Il a des accès de suffocation et fait entendre un bruit de cornage très prononcé. Le repos. diminue l'oppression, le cornage continue.

Laryngoscopie.— Intégrité absolue des cordes vocales qui sont rapprochées à un millimètre et que les plus fortes inspirations n'arrivent pas à écarter très sensiblement.

Les accès de suffocation très violents motivent la trachéotomie par le professeur Terrier.

Le malade sort le 11 avril, rentre le 28 octobre, tousse beaucoup et présente des symptômes de tuberculose avancée des deux sommets. Après être sorti et rentré plusieurs fois à l'hôpital il succombe le 15 mai 1885, cachectique.

Autopsie. — Cavernes pulmonaires des deux sommets. Infiltration des deux poumons.

Larynx. — Les lésions sont beaucoup moins considérables que celles des bronches et des poumons. Les cordes vocales inférieures sont injectées, exulcérées, mais les autres parties de l'organe sont presque normales. Les ganglions péritrachéaux sont très tuméfiés à la racine des bronches et d'un côté la chaîne ganglionnaire cervicale a pris un grand développement.

Les ganglions que j'ai décrits en 1883 avec Leval sont très hypertrophiés, infiltrés de caséum et un des nerfs récurrents est aplati au niveau de l'hypertrophie qui a surtout envahi les ganglions médians de la chaîne cervicale.

Les muscles crico-aryténoïdiens sont sains.

OBSERVATION IX

« Revista di laryng. otol. rinologia ». T. IV, n° 10, 1889. Adénite
suppurée du ganglion préaryngé.

« Résumée dans les Annales des mal. de l'oreille et du larynx ».

Un enfant de 9 ans très lymphatique, éprouve une douleur à la partie antérieure du cou. En ce point il existe une tuméfaction limitée de trois centimètres de diamètre couvrant le cricoïde et la partie inférieure du thyroïde. Rougeur et chaleur. Fluctuation douteuse. L'incision donne issue à dix grammes de pus crémeux. Un stylet introduit dans la plaie pénètre par un trajet fistuleux jusqu'à la membrane crico-hyroïdienne. Antisepsie. Guérison en 15 jours.

Il s'agit ici, dit l'auteur, d'une adénite suppurée du ganglion découvert par Poirier et décrit par lui sous le nom de ganglion préaryngé.

ÉTIOLOGIE

Adénites dans le cancer. — Pour Krishaber la loi suivante ne souffre pas d'exceptions « Lorsque le cancer du larynx est intrinsèque, tant qu'il l'est réellement il n'y a pas d'adénopathie des ganglions du cou. Schwartz (1) trouve trop exclusive la formule de Krishaber.

Il rapporte en effet la statistique suivante :

Sur 17 cas de cancer intrinsèque les ganglions du cou ont été trouvés engorgés 4 fois.

Ils ont été trouvés altérés 9 fois dans 11 cas de cancer extrinsèques du larynx.

Sur 44 observations de Fauvel, on trouve notée 30 fois la présence d'adénites sous-maxillaires et cervicales. 10 fois sur ces 44 cas a été spécifiée l'altération des ganglions cervicaux.

Nous-même avons au point de vue des ganglions analysé 20 observations de cancer du larynx publiés dans les bulletins de la société anatomique.

Dans trois cas le retentissement ganglionnaire peut-être considéré comme douteux, c'est-à-dire que l'on a

1. Th. d'agrégation 1886.

bien noté de l'hypertrophie ganglionnaire mais que la nature de l'altération n'a pas été éclaircie.

Dans 9 cas l'engorgement ganglionnaire cervical était net.

Dans les 8 autres cas on n'a rien noté sur les ganglions.

Voici le résumé de ces observations.

OBSERVATION X

Raimbert, 1837. Cancer de l'œsophage ayant perforé la paroi postérieure de la trachée un peu au-dessous du cartilage cricoïde. Envahissement du larynx. Adénopathie.

Les ganglions lymphatiques qui entourent l'œsophage et la trachée ont augmenté de volume et sont formés d'un tissu noir ou gris plus mou et plus friable au centre.

OBSERVATION XI

Gendron, 1833. Cancer de la glande thyroïde avec carie du cartilage cricoïde et double perforation de l'œsophage. Dilatation de la trachée. Adénopathie.

En haut de la face postérieure dans l'espace compris entre les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, il y a une carie évidente.

La cavité du larynx est rétrécie surtout au niveau de la glotte.

Quelques plaques rosées sont éparses sur la muqueuse, tous les ganglions lymphatiques du cou et ceux placés aux environs de la bifurcation de la trachée sont envahis. Quand on vient à les presser, on voit un liquide blanc-rougeâtre refluer dans les lymphatiques dilatés et du volume d'une plume de corbeau.

N. B. — La discussion de cette observation à la *Soc. anat.* tendait à établir que la lésion dite carie du cricoïde était d'origine mécanique. Le cancer a été qualifié du nom de squirrhe encéphaloïde.

OBSERVATION XII

Gautrie. 1841. Encéphaloïde du corps thyroïde avec lésions du larynx.

L'épiglotte est saine. Les cordes vocales supérieures et inférieures droites, l'aryténoïde du même côté sont détruites, les portions sont nécrosées à gauche. *Rien dans les ganglions.*

OBSERVATION XIII

Année 1851. Bauchet. Tumeur épithéliale du larynx ayant donné des symptômes de phtisie laryngée. Derrière l'épiglotte et implantée sur le replis aryténo-épiglottique existe une tumeur dure du volume d'une petite noix, s'abaissant comme une sou-pape sur l'ouverture supérieure du larynx et formée uniquement de tissu épithélial. *Rien n'est noté dans les ganglions.*

OBSERVATION XIV

1851. Dufour. Végétations très nombreuses développées entre les cordes vocales supérieures et inférieures du larynx et comblant la cavité interventriculaire. *Rien dans les ganglions.*

OBSERVATION XV

1853. Axenfeld. Larynx d'un individu complètement aphone. Adénopathie.

Œdème considérable des replis épiglottiques et sur la face supérieure de l'épiglotte, présence de nombreuses petites ouvertures qui semblent dues à la dilatation des follicules et dont certaines sont ulcérées. Les cordes vocales sont recouvertes d'ulcérations.

On trouve en outre, au dehors, suspendu au cricoïde, une tumeur du volume d'un haricot de consistance et de nature cartilagineuse. De chaque côté de cette tumeur, on en remarque deux autres plus petites.

OBSERVATION XVI

Juillet 1854. Barth. Tumeur cancéreuse du larynx, de la grosseur d'une petite noisette, siégeant au niveau de la corde vocale

supérieure. Dans cette observation très complète, *rien n'a été signalé du côté des ganglions.*

OBSERVATION XVII

Valery Meunier, 1861. Phtisie laryngée cancéreuse. Trachéotomie. Mort, octobre 1861. Adénopathie.

On note pendant la vie gonflement douloureux sur le côté droit du larynx quelques jours après la trachéotomie. Deux ganglions du volume d'une petite noisette existent sur le côté droit du larynx.

Ces ganglions arrivent à former une véritable tumeur.

Autopsie. — Le larynx, vu par sa face antérieure, offre une perte de substance considérable située à droite de la ligne médiane.

Le grand diamètre vertical de la lésion a au moins trois centimètres, s'étend depuis le milieu de la hauteur du cartilage thyroïde jusqu'au premier anneau de la trachée. Le diamètre transversal a 15 millimètres environ.

A sa face postérieure, le larynx présente une vaste ulcération qui ne respecte que 7 ou 8 millimètres d'épiglotte, et qui après avoir détruit ou transformé toute la partie droite de l'organe, y compris le cartilage aryténoïde, vient se terminer au niveau du cartilage cricoïde.

L'intérieur de la cavité laryngienne est baignée d'une sanie purulente, grisâtre, crémeuse, entraînée assez facilement par le lavage et recouvrant le cartilage usé. Des cinq cartilages du larynx, l'aryténoïde gauche est seul intact.

Deux ganglions lymphatiques cervicaux du côté droit et offrant le volume d'une amande n'ont rien présenté d'anormal ni dans leur consistance ni dans leur coloration.

Pas d'examen microscopique.

OBSERVATION XVIII

Cancer du larynx. Decori 1861.

Trachéotomie. Asphyxie. Adénopathie.

Cou augmenté à sa partie antérieure et latérale, peau tendue, luisante, décolorée, ganglions sous-maxillaires tuméfiés, douloureux, aphonie progressive puis complète.

A l'autopsie le larynx est envahi par de la matière cancéreuse, les lésions se propagent au lobe gauche du corps thyroïde. A la surface interne du larynx il est impossible de retrouver les cordes vocales. Tout est détruit par de la matière cancéreuse qui présente la forme dite ulcéreuse végétante. Des végétations multiples légèrement pédiculées faisant saillie dans la cavité du larynx qui se trouvait ainsi complètement fermée.

L'examen microscopique pratiqué par M. Brouardel montre l'existence d'un cancer.

Des ganglions multiples complètement cancéreux sont échelonnés le long du conduit aérien.

OBSERVATION XIX

Dufour. Cancer épithélial du larynx chez un enfant de 1 an (janvier 1865). L'enfant dont il est question naquit le 8 janvier

1864. Le début de sa maladie paraît remonter au 8 septembre de la même année. Le larynx est fermé par une masse d'un blanc laiteux. Il existe en arrière un petit pertuis encore perméable d'un millimètre de diamètre environ. La tumeur occupe l'espace circonscrit entre les cordes vocales supérieures et inférieures qui sont entièrement détruits. En bas cette tumeur dépasse d'un millimètre environ la limite inférieure des cordes vocales. M. Rolin constate que la tumeur est formée d'épithélium pavimenteux. Pas de ganglions notés.

OBSERVATION XX

1878. Cancer du larynx. Trachéotomie. Mort.

A l'ouverture du larynx on trouve une ulcération dont le fond est tapissé par des bourgeons fongueux et grisâtres. Cette ulcération s'étend en bas jusqu'au niveau des cordes vocales supérieures. Latéralement elle a détruit les replis aryténo-épiglottiques. L'épiglotte est complètement détruite et transformée en une masse fongueuse.

Les ganglions cervicaux ne sont pas dégénérés.

OBSERVATION XXI

Juillet 1898. Epithélioma du larynx (Desnos).

Tuméfaction diffuse de la région sous-hyoïdienne. Sous le quart inférieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien existe une tumeur très dure, petite, adhérente au muscle.

Cette tumeur s'ulcéra et atteignit le volume d'un œuf de poule. La partie postérieure n'a pas d'adhérences avec la carotide avec laquelle elle est en rapport.

A l'autopsie. — Dans le larynx existe une tumeur grosse comme une noix et occupant le repli aryténo-épiglottique gauche et la corde vocale supérieure qui fait corps avec la tumeur.

OBSERVATION XXII

Cancer des muscles du larynx. Reverdin. Avril 1871.

La muqueuse laryngée est ulcérée. Quelques ganglions sous-maxillaires suppurés.

OBSERVATION XXIII

Juillet 1871. Cartaz. Epithélioma de la base de la langue ayant envahi le pharynx et le larynx. Adénopathie. Epiglotte détruite, cordes vocales supérieures envahies surtout les gauches transformées en une masse pulpeuse. Quelques ganglions sous-maxillaires et cervicaux de gauche sont transformés en une masse putrilagineuse.

OBSERVATION XXIV

1874. Cartaz. Cancer pharyngo-laryngé. Destruction d'une partie de la base de la langue de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Le reste du larynx est intact.

Les ganglions du cou sont gros, creusés de cavités.

La tumeur est de nature épithéliale ainsi qu'il ressort de l'examen pratiqué par M. Ch. Rémy.

OBSERVATION XXV

1876. Eug. Monod. Cancer du larynx, syphilis. Cricotomie.

A l'autopsie le larynx présente une absence complète d'ouverture inférieure, obturée par un diaphragme horizontal et empêchant toute communication avec la trachée. L'épiglotte est saine mais au-dessous existe une vaste surface ulcérée.

Dans la masse compacte qui englobait le larynx on n'a pu isoler les ganglions. Un seul non englobé par la tumeur a paru sain.

L'examen de la tumeur a montré qu'on avait affaire à un épithélioma.

OBSERVATION XXVI

Cancer primitif du larynx. L. Hontang, 1887.

H..., 62 ans. Pendant la vie, l'examen fait 6 mois environ après le début de la maladie fait percevoir les ganglions du cou appréciables mais cependant non développés d'une façon exagérée.

Mort deux jours après la trachéotomie. Autopsie. Le larynx

contient une petite tumeur arrondie fermant complètement l'ouverture des voies aériennes.

Le larynx fendu par sa face postérieure et entrouvert montre nettement la tumeur, circonscrite, ovoïde, allongée verticalement du volume d'un gros haricot fixé par sa face postérieure et externe à l'extrémité postérieure de la bande ventriculaire droite et à la partie voisine de la région aryténoïdienne. Sa surface est finement mamelonnée et vascularisée. La corde vocale située au-dessous et qui répond à l'extrémité inférieure de la tumeur est elle-même infiltrée par le néoplasme et fait une saillie notable dans la cavité du pharynx. Pas d'ulcérations. Le côté droit du larynx paraît absolument sain.

E. amen microscopique. — Epithélioma pavimenteux riche en globes épidermiques.

Les ganglions préaryngés sont peu développés et ne paraissent pas dégénérés à l'œil nu.

OBSERVATION XXVII

Cancer primitif du larynx P. Tissier, janvier 1888 (Résumée)

L., Joseph, 44 ans.

Autopsie. — Les ganglions cervicaux du côté droit suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien forment une masse solide, adhérente, s'étendant en chapelet depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la partie inférieure du cou. La face gauche du larynx est normale.

En avant, le ganglion prélaryngé décrit par Power, est dégénéré, cancéreux.

Sur la face antéro-externe droite, le récurrent droit et normal jusqu'au niveau du bord inférieur du chaton cricoïdien ; accompagné seulement de petits ganglions dégénérés dans ses parties inférieure et moyenne ; le récurrent est englobé à sa partie supérieure dans une masse cancéreuse. Cette masse dans laquelle il faut sculpter le nerf, est située au niveau du point d'origine de la branche nerveuse du crico-aryténoïdien postérieur.

La masse principale de la tumeur occupe la face latérale droite du larynx. Blanchâtre, adhérente aux tissus, elle empiète sur le cartilage cricoïde, en arrière et en dedans, elle comprend tout le bord droit de l'orifice laryngé depuis le sommet de l'épiglotte jusqu'aux cartilages aryténoïdes.

L'orifice du larynx est absolument irrégulier, le muscle crico-aryténoïdien postérieur est pâle. L'infiltration cancéreuse descend du sommet de l'épiglotte, occupe le repli aryténo-épiglottique et arrive jusqu'à la région aryténoïdienne qu'elle englobe. L'espace sous-glottique, la trachée, ne présentent pas de lésions cancéreuses.

A droite, la corde vocale inférieure est respectée, toute la partie droite du larynx située au-dessus de l'hiatus ventriculaire est tuméfiée, soulevée en masse. Dans ce cas, c'est l'adénopathie cervicale qui a fait établir le diagnostic de cancer.

OBSERVATION XXVIII

Cancer du larynx. Frenkel 1894.

H... 53 ans. Autopsie. Cancer du larynx limité à la région aryténoïdienne et aux replis aryténoépiglottiques. N'empiète nullement sur le reste du larynx. Peu de lésions laryngées.

La tumeur visible à l'extérieur remplit toute la région cervicale gauche et englobe dans son épaisseur les vaisseaux et les nerfs de la région. L'examen histologique fait rapidement par M. Raymond démontre l'origine ganglionnaire de cette masse.

Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Rien aux ganglions trachéobronchiques.

OBSERVATION XXIX

**Epithélioma des cordes vocales chez un ours de 16 ou 18 ans
A. Pilliet 1894.**

Rien dans les ganglions. Epithélioma des cordes vocales inférieures à type papillaire.

OBSERVATION XXX (Personnelle)

Syphilis. Adénite suppurée du ganglion préalaryngé.

Le nommé D..., Henri, âge de 34 ans, profession charretier entre le 20 novembre 1898, salle Behier, n° 22 dans le service du professeur Hayem à Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 49 ans d'un néoplasme de l'estomac.

La mère est encore vivante et bien portante.

Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — Le malade dit avoir eu dans son enfance de la gourme qui se serait accompagnée d'adénite cervicale. Il n'aurait eu ni maux d'yeux ni écoulements d'oreille, mais il aurait toujours été chétif. Il n'a présenté aucune des pyrexies de l'enfance et n'aurait eu notamment ni rougeole, ni scarlatine, ni variole. A dix ans l'eczéma impétigineux du cuir chevelu qu'il portait depuis quatre ans cesse.

A dix-huit ans il contracte une blennorrhagie qui dura environ un mois et qui disparaît sans traitement médicamenteux.

A 25 ans il prend la fièvre typhoïde, fièvre typhoïde grave dans le cours de laquelle il dit avoir eu une perforation intestinale (?) et qui aurait nécessité un repos au lit de six mois.

A la suite de sa fièvre typhoïde, il a pendant un an environ des vomissements quotidiens. Pendant ce temps il présente de la boulimie.

Après chaque vomissement, dit-il, il se remettait à manger et à manger beaucoup.

A 32 ans il contracte la syphilis. A ce moment apparaît au dire du malade sur la face dorsale de la verge un petit bouton rouge qu'il gratte et qui suppure.

Deux mois environ après la cicatrisation de son accident initial, le malade ressent des douleurs violentes dans les jambes, surtout exagérées au niveau des tibias, s'exaspérant pendant la nuit et allant même jusqu'à empêcher complètement le sommeil.

Il a aussi à cette époque des céphalalgies intenses qui comme es douleurs des membres inférieurs, se manifestent surtout pendant la nuit. Le malade dit avoir à ce moment beaucoup maigri, s'être affaibli considérablement et avoir même présenté de la fièvre.

Tous ces phénomènes le décident à entrer à la Charité où on le traite avec le sirop de Gibert. Il y reste seulement huit jours et sort sur sa demande. Pendant son séjour à la Charité, les douleurs des membres inférieurs et la céphalée avaient diminué d'intensité.

Trois ou quatre jours après sa sortie, apparaît une éruption constituée par de petits boutons rouges (papules) dont certains s'ulcèrent sur les bras, les jambes et la tête.

En même temps il constate que sa voix devient rauque et voilée.

Il entre alors dans le service de M. Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine. On lui pratique des injections mercurielles et on lui donne de l'iodure de potassium.

Contre la laryngite, on fait des pulvérisations dans la gorge, au bout de 15 jours la voix redevient complètement normale. Il reste à Saint-Antoine environ trois semaines et les ulcéra-

tions syphilitiques étant presque cicatrisées il demande à sortir et se remet à travailler.

Les ulcérations recommencent à suppurer ; le malade entre à l'hôpital Saint-Louis. Traitement : pilules de mercure. Iodure de potassium, on panse ses ulcérations à l'emplâtre rouge. Il séjourne à l'hôpital trois semaines et en sort complètement guéri. Les ulcérations étaient entièrement cicatrisées.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle a débuté le 15 novembre 1898. A cette époque, le malade remarque que sa voix devient rauque et voilée. Il souffre très peu, n'éprouve aucune difficulté à avaler. En même temps il remarque qu'au devant du larynx se développe une petite tumeur du volume d'une noisette environ.

Il tousse et crache beaucoup.

Il ne se soigne pas et au bout de trois semaines voyant que tous les phénomènes morbides augmentaient d'intensité il entre à l'hôpital Saint-Antoine.

Examen du malade.

Examen général. — Le malade est un homme solidement charpenté aux masses musculaires fermes et bien développées.

Pas de calvitie.

Double hernie inguinale.

On trouve au niveau des jambes, des avant-bras, sur la face externe du bras gauche des cicatrices arrondies ou ovalaires dont le centre est blanc, légèrement déprimé, et qui sont entourées à la périphérie d'une zone très pigmentée marron foncé.

Sur le front, on remarque aussi surtout à droite plusieurs cicatrices blanches déprimées sans zone pigmentée périphérique.

Les ganglions cruraux et inguinaux sont nettement augmentés de volume des deux côtés.

Sur la face dorsale de la verge, à 3 centimètres environ en avant de la face dorsale du pénis existe une cicatrice large comme une pièce de deux francs environ, blanche et légèrement déprimée, entourée d'une zone de pigmentation étroite et peu accentuée.

Le malade accuse des habitudes d'alcoolisme : Il est fumeur.

Le lobule de l'oreille est adhérent.

Appareil respiratoire.— Larynx. L'examen du larynx donne les résultats suivants : l'épiglotte et la région vestibulaire sont normales ; par contre il existe de grosses lésions au niveau des bandes ventriculaires et des cordes vocales. Les lésions sont bilatérales, cependant les lésions sont beaucoup plus marquées à droite.

La bande ventriculaire est rouge vif, notablement tuméfiée surtout à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Les cordes vocales sont injectées, comme boursoufflées surtout dans leur moitié antérieure. On ne constate aucune ulcération. La partie postérieure des cordes et la région aryénoïdienne sont indemnes. L'examen de la région sous-glottique est impossible.

En raison de la localisation des lésions vers les régions antérieures du larynx, on pense à la possibilité de la syphilis.

Au devant du larynx, sur la ligne médiane au niveau du cartilage cricoïde, on trouve une petite tumeur lisse à peu près de la grosseur d'une noix. Cette tumeur est indolente spontanément et à la palpation. Si on immobilise le larynx, on peut constater que la tumeur est mobile sur cet organe. Elle n'est pas non plus adhérente aux plans sus-jacents.

Il s'agit évidemment d'une adénite du ganglion pré-laryngé.

L'examen de la région cervicale ne montre pas l'existence d'autres tumeurs ganglionnaires.

Ce sont surtout les troubles vocaux qui attirent l'attention du côté du larynx. La voix est rauque, sourde, voilée. Le malade ne souffre aucunement, ni en parlant, ni en avalant.

Examen des poumons. — Aux deux sommets, aussi bien en avant qu'en arrière, on constate de la submatité, de l'exagération des vibrations thoraciques, du retentissement de la toux et de la voix, une inspiration rude et basse, une expiration prolongée. Tous ces phénomènes sont plus marqués du côté gauche à la base du même côté, on entend quelques frottements pleuraux. Pas de douleurs thoraciques. Le malade tousse un peu surtout le matin. Il expectore abondamment à son réveil des crachats spumeux blanchâtres, quelques-uns sont muco-purulents.

Transpirations nocturnes.

Appareil circulatoire. — La matité cardiaque n'est pas augmentée d'étendue, les bruits du cœur sont normaux, bien frappés. Au foyer aortique, le deuxième bruit a un retentissement un peu exagéré. Pas de bruits de souffle.

Symptômes fonctionnels. — En ce moment, on ne trouve aucun phénomène morbide du côté du cœur. Pas de douleurs précordiales, pas de palpitations, pas de dyspnée d'effort, ni d'oppression. Le malade qui est charretier déménageur accomplit facilement son métier. A 48 ans cependant il aurait eu des palpitations très violentes sans phénomènes douloureux mais avec de la dyspnée et une oppression presque continuelle. Ces troubles ont été précédés de fièvre. Le malade entre un mois à l'hôpital du Havre. Il en sort amélioré mais non guéri. Cet état persiste quatre ans, et disparaît ensuite complètement. Pendant cette

période il passe le conseil de révision. Il est exempté, à cause de sa cardiopathie. On lui applique à la région précordiale des sangsues et des vésicatoires. Pas de médicaments à l'intérieur.

Aujourd'hui, on ne trouve aucune trace de cardiopathie ancienne.

Pouls. — Artères radiales normales. Pouls plein, régulier, fort, 80 pulsations par minute.

Appareil digestif. — Lèvres saines. Dents saines et bien plantées, gencives normales. Langue humide et rosée, rien dans le pharynx.

La paroi abdominale est souple. Pas de dilatation stomacale.

Symptômes fonctionnels. — L'appétit est conservé. Digestions normales, selles régulières.

Foie. — Le foie déborde les fausses côtes d'environ un travers de doigt. Aucune douleur spontanée ni provoquée à la région hépatique.

Rate normale.

Appareil urinaire. — Normal. Urines normales.

Système nerveux. — A son entrée le malade se plaint de céphalalgies très intenses et de douleurs violentes dans les jambes.

La sensibilité normale est partout conservée.

Rien du côté des organes des sens.

Température normale.

Traitement. — On donne 4 grammes d'iodure de potassium en lavement, on lui fait des injections mercurielles et on applique sur les ganglions pré-laryngiens de l'onguent mercuriel. Trois semaines de séjour à l'hôpital.

A sa sortie, l'adénite était presque complètement disparue, le ganglion étant très difficile à sentir.

La voix était complètement normale. L'examen du larynx montre une régression à peu près totale des lésions. Il ne persiste qu'une légère injection des cordes vers l'angle antérieur de la glotte. Les frottements pleurétiques avaient disparu mais les signes sthétoscopiques des sommets persistaient ainsi que la toux et l'expectoration.

Après sa sortie, le malade abandonne tout traitement. Au bout d'une quinzaine de jours, la voix redevient rauque et voilée, la tumeur ganglionnaire reparaît et augmente progressivement de volume.

Un mois environ après sa sortie, le malade revient consulter à l'hôpital, la voix est devenue complètement rauque et la tumeur ganglionnaire atteint environ le volume d'une grosse noix.

Examen laryngoscopique. — Le larynx ne présente pas le même aspect ; les bandes ventriculaires sont normales, par contre les cordes vocales sont injectées, tuméfiées ; leur bord est irrégulier, érodé par places. La région postérieure des cordes, la face inter-aryténoïdienne sont toujours indemnes.

On lui conseille d'entrer dans le service, mais le malade refuse et même ne fait aucun traitement. Mais au bout de trois semaines, voyant la tumeur ganglionnaire augmenter beaucoup de volume il se décide à entrer de nouveau dans le service.

Examen du malade. — A son entrée on constate une augmentation très notable de la tumeur ganglionnaire qui atteint le volume d'un œuf de poule.

Elle est très peu mobile sur le larynx. A sa surface la peau

est luisante, amincie, violacée. Une fluctuation manifeste dénote l'existence d'une suppuration à l'intérieur du ganglion.

En outre la tumeur est douloureuse, spontanément et à la palpation. La voix est de nouveau rauque et voilée.

Les signes sthétoscopiques persistent au niveau des sommets et même on peut constater au sommet gauche l'existence de quelques craquements très fins.

Traitement mercuriel. — Après 4 jours la tumeur diminue un peu et devient indolore spontanément et à la palpation. La fluctuation persiste très manifeste. La peau est rouge et amincie.

Le 14 mars, ponction de l'abcès, inoculation à un cobaye. Le pus examiné ne contient pas de bacilles de la tuberculose.

Le malade sort et revient se montrer de temps en temps. On lui fait des injections d'huile naphtholée par la légère ouverture de son abcès. Traitement mercuriel. La voix redevient normale. Le 22 mars, l'abcès est vidé complètement il semble persister en trajet fistuleux. Injection d'huile naphtholée. Gaze iodoformée, le malade n'a plus reparu.

L'examen des crachats au point de vue du bacille de Koch était resté négatif de même que l'inoculation au cobaye du pus de l'abcès ganglionnaire.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

Pour le sujet qui nous occupe spécialement il est remarquable que l'adénite pré-laryngée ait cédé une première fois au traitement spécifique puis ait récidivé quand on a eu cessé ce traitement.

De plus cette observation nous semble apporter un appoint d'une certaine importance à l'histoire des lésions de l'appareil ganglionnaire du larynx, histoire « bien peu riche

en documents en ce qui concerne la syphilis ». P. Tissier (1). Dans son mémoire sur la syphilis tertiaire du larynx cet auteur signale un cas remarquable publié dans *The Lancet* 1861 dans lequel « on trouva comprimant le nerf récurrent gauche une masse ganglionnaire très dure ayant amené une nécrose du cartilage cricoïde. La muqueuse laryngée était saine dans ce fait. »

Le cas observé par nous présente encore un grand intérêt à un autre point de vue. Nous avons noté dans l'observation l'amélioration des symptômes pulmonaires par le traitement mercuriel. Il semble bien alors, étant donnée l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats de notre malade que ses poumons aient été touchés par la syphilis. Nous n'oserions l'affirmer mais cela nous semble très probable. Ceci, disons-le en passant, montre l'importance de l'examen du larynx et de ses ganglions pour établir le diagnostic entre la syphilis et la tuberculose pulmonaire.

1. *Syphilis tertiaire du larynx* (Masson, 1889).

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

D'une façon générale les adénites laryngées sont aiguës ou chroniques, suppurées ou non suppurées.

Adénopathies non suppurées aiguës. Ces retentissements ganglionnaires aigus des affections qui touchent le larynx et ses ganglions sont très peu connues dans leurs symptômes et dans leurs lésions.

C'est que la plupart du temps elles ne donnent lieu qu'à très peu de troubles. Enfin l'absence d'autopsies pour des lésions de cet ordre n'a pas permis d'étudier leur anatomie pathologique.

A priori on peut supposer que les adénites laryngées aiguës non suppurées donnent lieu aux mêmes troubles que les adénites chroniques qui seront étudiées ultérieurement. Disons de suite qu'il semble légitime de rattacher à des adénopathies récurrentielles, certains troubles de la voix; la raucité persistante par exemple quand l'examen du larynx et des autres organes ne permet pas d'expliquer autrement ces altérations vocales.

Les ganglions récurrentiels de volume peu considérable même quand ils sont hypertrophiés, logés sous les aponeévroses superficielle et moyenne du cou, enveloppés, par

un tissu cellulaire lâche, sont pour toutes ces raisons difficilement accessibles à la palpation.

Au contraire ce procédé d'exploration permet assez souvent de déceler la présence et l'hypertrophie des ganglions lymphatiques situés sous le sterno-cleido-mastoïdien.

A l'état aigu nous dit Larrey (1) « l'adénite cervicale est caractérisée d'abord par un léger gonflement du ganglion qui roule sous la peau et paraît peu sensible.

Sa forme est sous le doigt celle d'une aveline ou d'un petit marron, sa consistance est assez ferme. Bientôt il est plus douloureux surtout à la pression ». Plus tard, cette douleur provoquée peut être spontanée. Elle est parfois très aiguë et pongitive.

« Si l'engorgement devient plus considérable les mouvements de la tête en sont difficiles et douloureux et un torticolis plus ou moins prononcé en est la conséquence. (Larrey *loco-citato*).

II. — *Adénopathies chroniques non suppurées.*

Le type par excellence de ces adénopathies nous paraît être celui qui est sous la dépendance de la tuberculose.

Dans ce cas l'inflammation ganglionnaire chronique est

1. *Mémoires de l'Académie de Médecine*, Tome 16.

chronique d'emblée, ce qui est très fréquent, ou au contraire, succède à une poussée aiguë.

Comme à l'état aigu, la palpation des ganglions accessibles permet de reconnaître des tumeurs dures roulant sous le doigt ou au contraire adhérentes aux tissus voisins. Ces ganglions chroniquement enflammés sont de volume variable, indolents le plus souvent ou peu douloureux à la pression. Les sujets porteurs de ces lésions sont ce que l'on appelait autrefois des strumeux. Aujourd'hui, on les considère avec raison semble-t-il comme affectés de tuberculoses atténuées ou tout au moins torpides.

Relativement au siège de ganglions lésés, l'adénopathie peut affecter :

1° Les ganglions de la portion sus-glottique : Adénopathie supérieure.

2° Les ganglions préalaryngés.

3° Les ganglions récurrentiels.

1° Les adénopathies du type supérieur sont rares dans les affections primitives et intrinsèques du larynx. Elles sont plus généralement consécutives à des lésions du cou, de la face, de la bouche, de l'œsophage et même du cuir chevelu.

Elles occasionnent peu de troubles le plus souvent. Elles ne sont accompagnées que rarement de phénomènes douloureux, peu intenses en général. Il faut pour les reconnaître une palpation attentive.

2° Les adénopathies du ganglion préalaryngé sont elles aussi également rares. Il y a pour expliquer cette rareté une cause excellente : c'est que le ganglion préalaryngé manque dans la moitié des cas d'après M. Poirier. Cet

auteur a présenté en 1887 à la Société Anatomique un cas d'hypertrophie probablement tuberculeux de ce ganglion. Nous mêmes nous avons rassemblé quelques observations. MM. Tissier et Gouguenheim en ont observé aussi un cas.

La situation superficielle de ce petit organe lymphatique sur la partie médiane du cou, au niveau des muscles crico-thyroïdiens permet de le reconnaître assez facilement par la palpation.

Il est parfois assez appréciable à la vue car on l'a vu acquérir les dimensions d'une grosse noix. Il forme alors au-devant du cou une tumeur plus ou moins dure, lisse, souvent mobile sous la peau et sur les plans sous-jacents. La coloration de la peau reste normale tant que le ganglion ne se ramollit pas. Les symptômes fonctionnels et douloureux résultant de la présence de ce ganglion hypertrophié sont généralement nuls sauf quand la suppuration intervient.

3° Il nous faut maintenant étudier les symptômes dus aux altérations des ganglions dits récurrentiels de MM. Gouguenheim et Leval Piquechef.

Les lésions des ganglions récurrentiels déterminent des troubles de l'innervation du larynx. Il nous semble utile avant d'étudier ces troubles de passer en revue les principales des nombreuses théories qui veulent expliquer la physiologie et la pathologie de l'innervation du larynx.

On sait que la hanche interne du spinal se joint au pneumo-gastrique. Or le nerf récurrent issu du pneumo-gastrique après l'anastomose de celui-ci avec le spinal est formé de fibres nerveuses venues de ces deux nerfs. Le

nerf récurrent prend le nom de nerf laryngé inférieur proprement dit au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde. Il donne des rameaux à tous les muscles laryngés sauf au crico-thyroïdien. Haberson admet qu'il existe des rameaux anastomotiques allant du laryngé inférieur vers le supérieur. Vulpian et Philippaux affirment au contraire que les fibres communicantes qui unissent ces deux nerfs viennent toutes du nerf laryngé supérieur.

Lutschka nie toute anastomose. Pour lui il peut arriver que des fibres du nerf laryngé supérieur suivent la même direction que le nerf récurrent, mais elles quittent celui-ci pour se rendre à la muqueuse du larynx.

Exner par contre décrit et représente l'anastomose de Galien.

Quoiqu'il en soit de ces notions anatomiques, le rôle physiologique du nerf récurrent est assez difficile à établir et varie suivant les auteurs.

On admet en général que les fibres nerveuses venues du spinal servent à la phonation, les fibres venues du pneumo-gastrique seraient respiratoires au contraire en écartant les lèvres de la glotte que le spinal tend à rapprocher dans le mécanisme de la voix.

Ainsi comme le dit Cl. Bernard : « Quoique dans le larynx la respiration et la phonation semblent anatomiquement confondues parce qu'elles s'accomplissent dans un même appareil, ces deux fonctions n'en demeurent pas moins physiologiquement indépendantes parce qu'elles s'exercent sous des influences nerveuses essentiellement distinctes ».

Comme le font très justement remarquer MM. Tissier

et Gouguenheim (1) « Le larynx organe surajouté aux voies respiratoires, ne remplit sa fonction vocale, qu'en gênant la sortie de l'air, en constituant par lui-même une entrave constante, un rouage supplémentaire dans la mécanique de la respiration. Il est maintenu en état de dilatation par le tonus constant des muscles aryténoïdiens postérieurs.

De là plusieurs théories sur les sténoses laryngées.

Sténoses neuropathiques. — Théorie de Krause. — S'il y a une lésion du nerf récurrent sans ordre électif aucun sur les différents filets qui le constituent (exemple : compression, névrite périphérique), la contraction des muscles aryténoïdiens postérieurs sera diminuée. Il en résultera une sténose glottique et une gêne plus ou moins grande dans la respiration.

Contractures des adducteurs. — Théorie de Krishaber. — Pour cet auteur, tant qu'un nerf n'est pas détruit, son excitation est augmentée par les causes qui agissent sur lui. L'inflammation, la compression du nerf récurrent par exemple seront la cause d'un spasme avec occlusion de la glotte due à la contracture des muscles adducteurs. Krishaber rappelle à ce sujet que la section du nerf laryngé inférieur chez l'homme produit l'aphonie sans troubles respiratoires. D'après cette théorie, l'hypertrophie ganglionnaire cervicale excite le nerf comprimé et réalise la contracture secondaire des muscles de la glotte, nullement leur paralysie.

1. *Phthisie laryngée.*

C'est ainsi que Krishaber expliquait certains accès de dyspnée par l'action spasmodique de l'ary-aryténoïdien, muscle impair excité tout entier par l'action d'un seul nerf récurrent.

Les théories des sténoses glottiques d'origine nerveuse par contraction des muscles adducteurs n'expliquaient pas pourquoi l'excitation du récurrent dilatateur par ses fibres pneumo-gastriques, constricteur par ses fibres spinales, avait surtout un effet constricteur ou adducteur de la glotte.

Théorie de Zederbaum (1). Pour expliquer ce phénomène cet auteur a montré que la compression des nerfs abolit d'abord leur excitabilité réflexe sans toucher à leur excitabilité motrice. Dans la glotte les muscles adducteurs crico-aryténoïdiens postérieurs doivent être regardés comme soumis à l'action réflexe des fibres du pneumo-gastrique. La compression soit du nerf vague, soit du récurrent supprime l'action réflexe qui met ces muscles en laissant intacte l'excitabilité motrice des autres muscles adducteurs.

Paralysie des muscles dilatateurs (Semon), Trousseau avait rapporté à la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, la dyspnée la suffocation qu'il n'est pas exceptionnel de rencontrer chez les enfants trachéotomisés.

MM. Gouguenheim et Tissier reconnaissant d'ailleurs que les théories précédentes comportent chacune une part de

1. *Archiv. für Physiologie.*

vérité donnent des sténoses glottiques une explication moins exclusive.

« La paralysie périphérique ou centrale des nerfs récurrents atteint d'abord les muscles dilatateurs de la glotte d'après cette règle générale que toute paralysie des troncs nerveux ou d'organes centraux frappe plus fortement les muscles extenseurs ou les abducteurs que les fléchisseurs ou les sphincters.

Le rapprochement inspiratoire des rubans vocaux ne résulte pas de la pression de l'air mais est bien dû à l'action des constricteurs qui sont simplement parésiés et non à l'état de spasme ».

Si l'influence des fibres pneumogastriques est supprimée, les cordes vocales se trouvent dans une situation médiane par suite de l'action des fibres spinales.

Au contraire si c'est l'influence du spinal qui est neutralisée, les lèvres glottiques inertes et flasques occupent une situation intermédiaire à leurs positions extrêmes ce qui cause encore de la gêne respiratoire.

Notons à ce sujet que Cl. Bernard a remarqué que le nerf vague non seulement perdait son excitabilité plus vite que le spinal, mais en outre répondait plus lentement que lui aux excitations.

Telles sont les principales théories qui tendent à expliquer le fonctionnement normal et pathologique de la glotte.

Les principaux symptômes qui traduiront l'état pathologique de l'innervation du larynx porteront sur les deux fonctions de cet organe, la respiration et la phonation.

Troubles respiratoires. — Les troubles respiratoires observés à la suite de l'irritation déterminée sur les récurrents par des ganglions hypertrophiés sont habituellement de la dyspnée, du tirage et de la toux.

Hâtons-nous de dire que cette triade symptomatique n'est pas toujours complète, puis revoyons chaque symptôme en particulier.

La *dyspnée* peut être considérable. Elle s'installe tantôt d'une façon insidieuse et progressive, tantôt d'une façon brutale et subite.

Le cornage peut être subit (Bourgeois d'Etampes, *in thèse* Joly). Pour Rilliet (1) le cornage est un symptôme grave chez les enfants. Cet auteur rapporte l'exemple d'une petite fille de trois ans qui mourut en quelques heures après avoir présenté le phénomène du cornage au cours d'une adénopathie trachéobronchique.

La toux est quinteuse, coqueluchoïde. « La persévérance de la toux en ce que l'on a appelé coqueluche est un des meilleurs signes qui puissent longtemps avant les accès de sténose faire soupçonner la compression du vague ou du récurrent (Verliac).

Cette toux apparaît par quintes. Elle est intermittente comme du reste les autres symptômes dont il vient d'être question après les quintes. Il n'y a jamais de reprises comme on en constate dans la coqueluche.

Troubles de la voix. — Les troubles de la voix sont en général assez précoces. La voix des malades devient

1. Schwartz, thèse d'agrégation, 1886.

basse et rauque. Elle peut être bitonale (Jaccoud). Très souvent aussi il y a de la gêne pour l'émission des sons, de la dysphonie et même de l'aphonie permanente ou intermittente.

Rilliet et Barthez rapportent qu'un malade avait lorsqu'il commençait à parler la voix assez claire, puis elle devenait rauque, voilée, en partie éteinte et enfin alternativement rauque et éteinte.

Gouguenheim rapporte une observation très intéressante où les troubles vocaux et respiratoires : aphonie, sifflement inspiratoire, dyspnée avaient fait songer à l'œdème de la glotte. Il s'agissait de l'hypertrophie de ganglions de la chaîne récurrentielle.

Adénopathies syphilitiques. — Les adénites syphilitiques tenant à des lésions du larynx sont assez rares. M. Gouguenheim dit avoir constaté à l'autopsie chez des syphilitiques de l'hypertrophie des ganglions de la chaîne récurrentielle. Les adénites syphilitiques du larynx présentent les caractères habituels que l'on trouve dans les ganglions syphilitiques, les organes sont le plus souvent petits, multiples, indolores et roulant sous le doigt.

Le malade dont nous rapportons l'observation a présenté une hypertrophie syphilitique du ganglion pré-laryngé. Cette tumeur qui a cédé au traitement mercuriel et a presque complètement guéri une première fois était parfaitement indolente et mobile sous le larynx et sous la peau du cou.

Après trois semaines de traitement l'adénite était pres-

que complètement résolue, le ganglion était difficilement perceptible.

Le malade sortit de l'hôpital et cessa tout traitement, La tumeur ganglionnaire reparut comme nous le verrons bientôt.

Adénopathies cancéreuses. — On verra au chapitre de l'étiologie, quelles sont les conditions qui semblent régler l'apparition des adénites dans le cancer du larynx. Quand il y a retentissement ganglionnaire au cours d'un cancer du larynx on trouve généralement « plusieurs ganglions situés à diverses hauteurs de la chaîne sterno-mastoïdienne. Celui qui est engorgé le premier et qu'on trouve le plus souvent surtout dans les cas de cancer-extrinsèque est situé au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien à la hauteur de l'espace qui sépare l'os hyoïde du cartilage thyroïde. Lorsque le cancer est extrinsèque ce sont plutôt les ganglions inférieurs qui sont affectés(1).

Ces tumeurs ganglionnaires sont fréquemment unilatérales. Presque toujours dans ce cas elles indiquent par leur siège quel est le côté envahi.

Dans un cas de Fauvel rapporté dans la thèse de Schwartz l'adénite a été la première manifestation d'un cancer du larynx.

Le Dentu (2) rapporte un cas dans lequel une lésion cancéreuse très légère située sur la partie droite du larynx était restée inaperçue au laryngoscope.

Le sujet avait présenté une toux rauque, puis de l'apho-

1. *Union méd.*, Tome II, page 383.

2. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1880, p. 279.

nie et une gêne respiratoire parfois très grande et indépendante de la laryngosténose. Il y avait de la dyspnée cornage nocturne. Sur le côté droit du cou existait une grosseur allongée roulant sous le doigt, du volume d'un œuf de pigeon.

D'après Fauvel le développement des ganglions cervicaux au cours du cancer du larynx peut être tel que les mouvements de la tête et de la mâchoire inférieure sont entravés. Fauvel a rencontré des cas où par suite de cette hypertrophie ganglionnaire le cou du malade était aussi gros que sa tête elle-même. Le torticolis a été observé.

Mais les engorgements qui pendant le cours d'un cancer primitif surviennent dans les ganglions correspondants ne sont pas toujours de nature cancéreuse et il n'est malheureusement pas toujours facile de décider à quels ganglions on a affaire (Fauvel).

Toutefois on aura de fortes présomptions pour une altération spécifique, quand les glandes seront multiples, volumineuses, fermes, agglomérées en une masse unique et surtout peu mobiles (1) Fauvel.

Adénopathies laryngées suppurées. — Il en est pour le larynx et le cou comme pour toutes les autres régions du corps. « Lorsque l'adénite doit suppurer, les phénomènes loin de s'amender s'accroissent, la douleur augmente, le gonflement s'accroît, l'atmosphère celluleuse des ganglions se prend et les petites tumeurs

d'abord mobiles et indépendantes, s'unissent en une masse unique, bosselée, une sorte de gâteau plus ou moins large et plus ou moins épais à surface irrégulière ; la peau qui le recouvre est rouge chaude œdémateuse, adhérente, c'est l'adénophlegmon de Velpeau (1) ». Cette complication n'est pas rare au cours de la scarlatine. Une poussée thermique peut en annoncer l'apparition.

La tuberculose ganglionnaire traduisant l'infection bacillaire du larynx se termine dans un certain nombre de cas par la suppuration des ganglions. Ici l'engorgement est souvent indolent, ou peu douloureux, les ganglions adhèrent à la peau qui rougit ; le centre des petites tumeurs est particulièrement fluctuant.

Si l'abcès n'est pas ouvert par le chirurgien, il se fait une perforation à travers la peau amincie, la suppuration peut se faire jour au dehors. Ces suppurations sont parfois interminables car il se produit souvent une fistulisation des ouvertures soit spontanées soit artificielles.

Nous rapporterons un cas de suppuration caséuse située dans les ganglions qui comprimaient le récurrent, les troubles vocaux et respiratoires diminuent après la reprise de la suppuration ganglionnaire un moment arrêtée.

Après la suppuration les ganglions tuberculeux du cou peuvent garder un volume plus ou moins considérable.

Les ulcérations sont amincies, fongueuses, découpées, décollées. La cicatrice se forme difficilement. Elle reste recouverte d'une peau mince violacée, plissée, recouvrant des tissus plus ou moins infiltrés et adhérents aux plans profonds.

1. Reclus. *Path.* T. I.

Dans la syphilis ce sont les adénites gommeuses qui suppurent ; « un ou plusieurs ganglions se tuméfient, leur masse est rosée, ferme, élastique, puis survient la dégénérescence, la caséification » (1). A ce moment les douleurs spontanées provoquées apparaissent, la peau rougit et devient adhérente. Notre malade a présenté tous ces symptômes, Obs. (N° XXX) Fauvel dit n'avoir jamais vu suppurer les ganglions cancéreux. Nous n'avons rien trouvé de précis à ce sujet dans les auteurs, la suppuration a été notée parfois, il est vrai c'est surtout après la trachéotomie faite soit au cours d'un cancer du laryux soit pour une sténose d'origine quelconque.

Dans ce cas il semble qu'il faut incriminer l'infection secondaire presque fatale de la plaie. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic. Il sera facile pour les adénites bien développées des ganglions sous-sterno-mastoïdiens. La palpation, l'inspection même pourront servir à l'établir. Les adénopathies récurrentielles les plus importantes au point de vue fonctionnel seront d'une recherche plus difficile à cause du siège profond et l'habituelle petitesse de ces ganglions. Pour faire le diagnostic et avoir le droit de soupçonner ces altérations ganglionnaires il faudra éliminer toutes les causes (tumeurs du médiastin, adénopathies bronchiques, anévrysmes etc.) qui pourraient donner lieu à des symptômes laryngés.

Nous ne ferons pas un chapitre spécial de pronostic, ayant déjà montré au cours de ce travail quelles conséquences pouvaient entraîner les adénopathies laryngées.

1. Reclus. *Paht. Exot.* T. I.

Si nous faisons abstraction des adénopathies aiguës suppurées, rappelons que ce sont surtout les tuméfactions ganglionnaires intéressant le tronc ou les branches du récurrent qui peuvent entraîner des troubles graves, pouvant aller jusqu'à l'accès de suffocation, par spasme glottique et la mort.

TRAITEMENT

Le traitement des adénopathies laryngées doit être corrélatif de deux grandes sources d'indications : La première relève des troubles provoqués par l'adénopathie elle-même quelle que soit sa nature, la seconde est fonction de son origine.

Cette dernière indication nous arrêtera : d'abord on la remplira par le traitement local des lésions laryngées et le traitement général s'adressant à la maladie causale qu'il s'agisse de syphilis, de tuberculose ou de toute autre maladie infectieuse. Cependant nous devons insister sur la nécessité de la médication locale, pour arriver à modifier les adénopathies qui n'en sont que l'expression à distance. Pour le cancer, la présence ou l'absence d'adénopathies, leur multiplicité, leur intensité sont les facteurs les plus importants à envisager lorsque l'on se propose de tenter le seul traitement aujourd'hui acceptable dans ces conditions, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de recourir à l'intervention chirurgicale. Toute opération entreprise sur le larynx cancéreux devient considérablement plus grave, et en cas de succès, donne un bénéfice beaucoup plus éphémère, lorsque les ganglions sont atteints. En tout cas, il ne faut jamais oublier, que cette opération doit toujours

comprendre l'ablation des ganglions cancéreux, lorsqu'il en existe.

Les indications tirées des troubles provoqués par l'adénopathie elle-même en dehors de l'ouverture du foyer purulent, lorsque le ganglion est suppuré, relèvent surtout des troubles déterminés par la compression des récurrents : Dans ce cas on peut voir survenir des spasmes de la glotte, de la dyspnée permanente par paralysie des dilatateurs et dans ces cas on est souvent amené à pratiquer la trachéotomie. Il ne s'agit pas alors du traitement de l'adénopathie à proprement parler, mais de celui des troubles qu'elle provoque.

CONCLUSIONS

1° Malgré le développement du réseau lymphatique de la muqueuse laryngée, les adénopathies consécutives aux affections de cet organe ont été longtemps considérées comme relativement rares. Cela est vrai si l'on se borne à envisager les grosses adénopathies constatables objectivement, ou déterminant par compressions des troubles manifestes.

Il en est tout autrement si sans négliger le volume des adénites laryngées, on les étudie au point de vue des troubles qu'elles apportent dans les fonctions du larynx.

Ce sont surtout les tuméfactions de faible volume des ganglions de la chaîne récurrentielle qui présentent de l'intérêt par leurs manifestations cliniques et leur gravité.

2° Le retentissement ganglionnaire n'a qu'exceptionnellement de l'importance dans les laryngites aiguës simples, nous rapportons des cas où il méritait d'être pris en considération dans l'érysipèle, la diphtérie etc.

3° Chez les tuberculeux, à côté de l'adénopathie des ganglions de la chaîne sous-sterno-mastoïdienne, il faut placer celle de la chaîne récurrentielle dont l'importance sur les fonctions du larynx est bien plus considérable.

Nous avons rapporté un cas d'adénopathie du ganglion pré-laryngé.

4° Dans le cancer extrinsèque, l'adénopathie est précoce et atteint surtout les ganglions sous-sterno-mastoïdiens supérieurs et sous-maxillaires. Dans le cancer intrinsèque l'adénopathie est plus tardive et plus rare. Elle frappe surtout les ganglions inférieurs de la chaîne sous-sterno-mastoïdienne.

5° Dans la syphilis, les adénopathies laryngées sont assez rares et résultent en général d'infections secondaires. Cependant chez un malade (observ. person.) l'adénopathie pré-laryngée a cédé au traitement, puis a reparu une seconde fois et s'est terminée par suppuration.

Chez ce malade il existait des symptômes pulmonaires ; mais l'absence de bacilles dans les crachats, l'inoculation du pus ganglionnaire au cobaye restée négative et l'amélioration de la santé générale parallèle à celle du larynx, ont fait soupçonner la nature syphilitique des lésions pulmonaires. Ce serait dans ce cas l'exemple d'une syphilis pulmonaire diagnostiquée par l'examen du larynx.

Vu par le président de la thèse,

HAYEM

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- LUSCHKA. — Kehlkopf des Menschen, Tubingue, 1870.
- SAPPEY. — Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques considérés chez l'homme et chez les vestébrés, Paris, 1885.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie descriptive, t. II.
- POIRIER. — Traité d'anatomie.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
- MASCAGNI P. — Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia. Vienne, 1787.
- P. POIRIER. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1887.
- Bulletins de la Soc. anatomique 1887.
- GOUGUENHEIM ET LEVAL-PIQUECHEF. — Etude anatomique et pathologique des ganglions péri-trachéolaryngés. (Annales des mal. de l'or. et du larynx, 1884.
- GOUGUENHEIM ET P. TISSIER. — Phtisie laryngée. (Masson, Paris 1889).
- TROUSSEAU ET BELLOC. — Traité de la phtisie laryngée, 1837.
- JOLY. — Thèse : Des accidents laryngés et en particulier de la sténose glottique dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

- COYNE. — Thèse de Doctorat, Paris, 1874.
- KRISHABER. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1882.
- F. HOOPER. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1882.
- F. MASSÉL. — Communication au congrès international de Washington. (Annales des mal. de l'or. et du larynx, 1887.)
- O. ROSENBACH. — Aerzt. Zeitung, 1880.
- F. SEMON. — Archiv of laryngol, 1881.
- KRAUSE. — Archiv fur path. Anat., 1884.
- RUAULT. — Anatomie normale des ganglions du médiastin (in Traité de méd. Charcot et Bouchard).
- Soc. anatomique. Bulletin 1826 à 1896.
- H. LARREY. — Mémoire sur l'adénite cervicale observée dans les hôpitaux militaires et sur l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou. Académie de méd. 1851.
- FAUVEL. — Mal. du larynx.
- P. TISSIER — Syphilis tertiaire du larynx, 1889, Masson.

